

تبیین ساختار قضاوت بالینی پرستاران: یک مطالعه گراند تئوری

جمال صیدی^۱، فاطمه الحانی^۲، مهوش صلصالی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: قضاوت بالینی به پرستار اجازه ابراز عقیده و ایفای نقش را به صورت حرفه‌ای می‌دهد و این مستلزم شناخت ابعاد و ساختار قضاوت بالینی در پرستاری است. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین ساختار قضاوت بالینی پرستاران انجام شد.

روش: مقاله حاضر بخشی از یک مطالعه گراند تئوری بود. تحلیل مقایسه‌ای مداوم هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۰۷ انجام شد. با نمونه‌گیری هدفمند اولین پرستار باتجربه در زمینه قضاوت بالینی انتخاب و ۱۷ مشارکت‌کننده دیگر بر اساس نمونه‌گیری نظری با حداکثر واریانس انتخاب شدند.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان تحقیق شامل ۹ مرد و ۹ زن با سابقه کار بیشتر از ۳ سال در بخش‌های متنوع بیمارستانی بودند. ساختار قضاوت بالینی شامل ۵ طبقه مفهومی پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی و بسترهای قضاوت بالینی به عنوان زمینه، پیوستار قضاوت بالینی به عنوان پدیده، مهارت‌های قضاوت بالینی به عنوان شرایط علی و دستیابی نسبی به معیارهای حرفه‌ای شدن به عنوان پیامد با طبقات فرعی متعدد بود.

نتیجه‌گیری: با وجود پیچیدگی مفهوم در متون و عرصه تحقیق، این مطالعه توانست ساختار قضاوت بالینی پرستاران را در بالین و عرصه روشن نماید. ساختار به دست آمده در تبیین الگوی مبتنی بر نظریه حاصل شده از این مطالعه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

کلید واژه‌ها: قضاوت بالینی، پرستاران، مطالعه کیفی، گراند تئوری

ارجاع: صیدی جمال، الحانی فاطمه، صلصالی مهوش. تبیین ساختار قضاوت بالینی پرستاران: یک مطالعه گراند تئوری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۴): ۳۰۹-۳۹۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۰

مقدمه

قضاوت بالینی به پرستار اجازه ابراز عقیده و نظر و ایفای نقش در سیستم بهداشتی و درمانی را به صورت حرفه‌ای می‌دهد و این مستلزم تعریف مفهوم و تبیین ساختار و ابعاد قضاوت بالینی است (۱). تعریف واحدی از واژه قضاوت بالینی در پرستاری وجود ندارد؛ چرا که این واژه برای حرفه پرستاری به خاطر پیچیدگی آن مورد نقد است و جهت فهم آن تبیین ساختار و ویژگی‌های مفهوم لازم و ضروری به نظر می‌رسد

(۲). در فرهنگ لغت فرانسوی Robert، قضاوت بالینی به معنای داشتن یک ایده و یا عقیده به دنبال یک دوره تفکر عمیق متفکرانه و با تأمل در بالین بیمار می‌باشد (۳). در بسیاری از مطالعات قضاوت بالینی (۴)، تصمیم‌گیری بالینی (۵، ۲)، استنباط بالینی (۷، ۶)، استدلال بالینی (۱۰-۸)، استدلال تشخیصی (۱۳-۱۱) و تفکر انتقادی (۱۷-۱۴) توأم با هم بیان شده‌اند. Benner و همکاران بیان می‌دارند که هر چند این مفاهیم با هم در ارتباط و لازم و ملزوم همدیگر

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول: دکتر فاطمه الحانی

Email: alhani_f@modares.ac.ir

فرایند قضاوت بالینی و ارتقای آن است- موفق نبوده‌اند. چالش عمده در متون این بود که مطالعات کمی در زمینه تبیین ساختار قضاوت بالینی پرستاران در عرصه و در متون صورت گرفته و بیشتر مطالعات به صورت مروری و یا همراه با سایر واژگان مرتبط بود. با توجه به پیچیدگی تعریف مفهوم قضاوت بالینی در متون و متمایز بودن تعریف قضاوت از تعاریف سایر مفاهیم مرتبط و نقش قضاوت بالینی پرستاران در اجرای فرایند پرستاری، مراقبت و حرفه پرستاری، محققین این مطالعه را با هدف تبیین ساختار قضاوت بالینی پرستاران انجام دادند.

روش

مطالعه کیفی حاضر بخشی از یک مطالعه گراند تئوری بود. دلایل انتخاب روش گراند تئوری (۲۵، ۲۴) این بود که پدیده قضاوت بالینی به لحاظ ماهیت تعاملی‌اش با افراد و محیط، با آنچه در نظریه تعامل‌گرای سمبولیک مطرح است همخوانی دارد (۲۶). آیین و همکاران بیان می‌دارند که تئوری زمینه‌ای، برای مطالعه فرایندهای پیچیده و پنهان مناسب می‌باشد (۲۷، ۴). مشارکت کنندگان پرستاران باتجربه در فرایند قضاوت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (سندج) بودند که حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی (۱۸، ۱۰) و تمایل به مشارکت و ارایه تجارب غنی (۲۷، ۴) را در تحقیق داشتند. ملاحظات اخلاقی شامل هماهنگی و کسب اجازه برای ورود به محیط پژوهش، توضیح هدف تحقیق و روش مصاحبه و حق مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع آن‌ها، دادن اطمینان به مشارکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن نام و اطلاعات آنان، کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه و ضبط گفتگوها، برخورداری از حق کناره‌گیری مشارکت کنندگان از پژوهش در هر زمان در مطالعه رعایت گردید.

جمع‌آوری داده‌ها هم‌زمان با آنالیز مداوم و مستمر آن‌ها بعد از اولین مصاحبه انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات غنی با استفاده از مصاحبه‌های باز و نیمه ساختار یافته (گروهی و فردی) و مشاهده (حضور در بالین) با یادداشت‌های در عرصه

هستند، اما تعاریف، جایگاه آن‌ها در فرایند پرستاری و مراقبت از بیمار و تقدم و تأخر آن‌ها متفاوت و متمایز از همدیگر است (۱۸). در مورد ممیزه و معیار تفکیک قضاوت بالینی از تصمیم‌گیری بالینی، Stapley و Thompson بیان می‌دارند که قضاوت بالینی پیش‌نیاز و ضرورتی برای تصمیم‌گیری بالینی است و تصمیم‌گیری بالینی پسامد قضاوت بالینی است. این مفاهیم مرتبط با هم ولی متفاوت از هم هستند؛ چرا که قضاوت‌ها ارزشیابی‌ها را ارایه می‌کنند. قضاوت در مورد یک بیمار به عنوان «تبیین وضعیت عمومی بیمار»، اما تصمیم‌گیری بالینی انتخاب میان راهکارهای متفاوت و یا ناشی از فعالیت‌ها است. برای مثال تصمیم‌گیری هنگامی که یک مداخله به اجرا گذاشته شود و یا ناشی از کار غیر عملی برای مثال مراقبت و انتظار باشد (۵).

Simmons بر اساس آنالیز مفهوم استدلال بالینی بیان می‌دارد که استدلال بالینی مترادف با قضاوت بالینی و یا تصمیم‌گیری بالینی نیست، بلکه یکی از عوامل اصلی و پیشامد برای قضاوت بالینی است (۸). در مقایسه تفکر انتقادی و قضاوت بالینی، تفکر انتقادی شرط اصلی برای قضاوت بالینی است. تفکر انتقادی یکی از معیارهای قضاوت بالینی است نه خود قضاوت بالینی. ممیزی و معیار تفاوت تفکر انتقادی و قضاوت بالینی در این است که در تفکر انتقادی به دنبال ایجاد سؤال، تمرکز روی حل مسأله می‌باشد، اما قضاوت بالینی تأمل و تفکر عمیق روی داده‌های به دست آمده و تفسیر و بازخورد در عمل و پیامد به شکل تشخیص، ارزشیابی، پیش‌بینی و یا پیشگویی است. در واقع تفکر انتقادی زمینه‌ساز تفکر منطقی در مورد مشاهدات انجام شده و ایجاد قضاوت است (۱۹). در خصوص مفهوم قضاوت بالینی در مطالعات مختلف به الگوی قضاوت بالینی Tanner (۲۰)، مدل Lens (۲۱)، تئوری قضاوت اجتماعی (۱۸)، پیوستار شناختی قضاوت بالینی در پرستاری Standing (۲۲)، پیوستار شناختی قضاوت بالینی در پزشکی Hommond (۲۳) و ... اشاره شده است. این الگوها و تئوری‌ها توانسته‌اند قضاوت بالینی را از نظر ویژگی‌ها و ابعاد تعریف نمایند، اما در آشکار نمودن ساختار قضاوت بالینی پرستاران - که لازمه تبیین

انجام شد و تا رسیدن به نقطه اشباع از طریق تبادل داده‌ها با کدها، طبقه‌ها و درون‌مایه‌های شکل گرفته در فرایند پژوهش ادامه یافت. زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید. محل مصاحبه به انتخاب مشارکت کنندگان بود. محقق از یادداشت‌های مشاهده‌ای (Observational notes)، یادداشت‌های در عرصه (Field notes) و یادآورهای (Memo writing) استفاده نمود. به این صورت که در مشاهدات رسمی از یادداشت‌های مشاهده‌ای، از یادداشت در عرصه هنگام مصاحبه‌ها، گفتگوهای غیر رسمی و روزانه بین مشارکت کننده و از یادآورهای هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. جمع‌آوری داده‌ها منجر به تحلیل، تحلیل منجر به ظهور مفاهیم شده و مفاهیم سؤال آفریدند و سؤالات منجر به جمع‌آوری داده‌های بیشتر و شناخت بیشتر مفاهیم شدند. این فرایند ادامه یافت تا جایی که محقق به اشباع رسید، یعنی نقطه‌ای که مفاهیم به خوبی تعریف و تبیین شدند.

پس از انتخاب نمونه اول، ظهور مفاهیم اولیه و تحلیل داده‌های حاصل شده، نمونه‌های بعدی با روش نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به اشباع شامل پدیدار نشدن داده‌های جدید، شفاف شدن ارتباطات بین مفاهیم و زیرطبقات، عدم ظهور طبقات جدید، تکامل یافتگی طبقات محوری و ظهور تدریجی نظریه ادامه یافت. در واقع تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مستمر و مقایسه رویدادها و تفاوت و شباهت داده‌ها فرصتی را برای ما فراهم کرد که چه داده‌هایی در مرحله بعد جمع‌آوری شوند و کجا باید آن‌ها را بیابیم (نمونه‌های جدید) که تکرار این فرایند در نهایت باعث ظهور طبقات، تنوع داده‌ها، استحکام بخشی به طبقات و زیرطبقات و نوع ارتباطات آن‌ها و طرح نظریه گردید.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها به روش فرایند تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم انجام شد. هدف جستجو، تعیین تفاوت‌ها و شباهت‌ها در داده‌ها بود که با مقایسه داده‌ها مشخص گردید. سؤال بعدی را کجا و از چه کسی مطرح نماییم؟ و با کلمات سؤال‌ی: چرا، چگونه، کجا، چه موقع، تحت چه شرایطی و چه پیامدهایی؟ مفاهیم نظری شفاف‌تر شدند. تحلیل با اولین مصاحبه و مشاهده شروع شد و نتیجه آن

به مشاهده و مصاحبه بعدی منجر گردید. تحلیل بیشتر، منجر به مصاحبه‌های بیشتر می‌شد. تحلیل مقایسه‌ای مداوم از طریق ابزارهای تحلیلی خاصی انجام شد که شامل طرح سؤال، تجزیه و تحلیل کلمات، عبارات و یا جملات، انجام مقایسه‌ها به صورت نزدیک به نزدیک (در درون طبقات) و از بیرون (مقایسه دور به دور تمام طبقات از بیرون)، تکنیک تلنگرهای ناگهانی (حس ناگهانی محقق به صحت و سقم داده‌ها)، برافراشتن پرچم قرمز و جستجو در زبان بود که باعث جلوگیری از تورش در تحلیل و غلبه بر موانع تجزیه و تحلیل گردید. این روش حساسیت نظری را در مطالعه افزایش داد.

تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد تحلیل داده‌های Corbin و Strauss (۲۵) شامل تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، تحلیل داده‌ها برای زمینه، وارد نمودن فرایند به تحلیل و ترکیب طبقات حول متغیر مرکزی با مد نظر قرار دادن دغدغه اصلی مشارکت کنندگان و ظهور نظریه مبنایی صورت گرفت. در واقع محقق در مرحله تحلیل داده‌ها برای مفاهیم، تحلیل میکرو یا کدگذاری باز را برای مشخص کردن معانی و کدگذاری محوری را برای مرتبط کردن مفاهیم و طبقات به یکدیگر انجام داد و سپس در مرحله تحلیل داده‌ها برای زمینه با استفاده از یادآورهای بر اساس الگوی پارادایمی شرایط علی، شرایط زمینه‌ای پدیده، شرایط مداخله‌گر و استراتژی‌ها مشخص شدند و در مرحله مرتبط ساختن فرایند با تحلیل داده‌ها، فرایندهای اصلی و فرعی با شرایط ساختاری پدیده (شرایط علی زمینه‌ای و مداخله‌گر) و پیامدها ارتباط داده شدند. ساختار تبیین شده در پاسخ به یکی از سؤال‌های اصلی تحقیق که «قضاوت بالینی پرستاران چگونه است؟» ظهور یافت و در ادامه مطالعه در آینده با فرایندهای ظهور یافته در واکنش به دغدغه اصلی مشارکت کنندگان که غیر حرفه‌ای بودن در قضاوت بالینی است، برای تبیین تئوری زمینه‌ای فرایند ارتقای قضاوت بالینی پرستاران استفاده و طبقات حول متغیر مرکزی یا طبقه مرکزی ارتباط داده می‌شوند و خط اصلی داستان با استفاده از یادآورهای و دیالوگ‌ها جهت کمک به داستان‌سرایی و در نهایت نظریه منتج شده بعد از تهیه و تدوین ارتقا داده خواهد شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از شروع

تحقیق تا پایان به کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۰۷ صورت گرفت.

در این مطالعه به منظور تأیید نتایج و استحکام و دقت تحقیق (Rigor)، اعتبار یا مقبولیت داده‌ها (Credibility)، همخوانی (Dependability) و عینیت‌پذیری داده‌ها (Conformability) مورد بررسی قرار گرفت (۲۵، ۱۴). اعتماد و اعتبار داده‌ها با جمع‌آوری و تحلیل مقایسه‌ای مستمر هم‌زمان داده‌ها ایجاد شد که خود یک روش اعتماد و اعتبار داده‌هاست؛ چرا که مقایسه‌های بین گروهی و میان گروهی از داده‌ها موجب تقویت سطح دقت و تنوع می‌شود. برای معیار مقبولیت در این مطالعه محقق طوری ایفای نقش کرد که مطالعه را مخدوش ننماید و این امر شامل جلب اعتماد مشارکت کنندگان، گوش دادن با دقت و غرق شدن در داده‌ها، ایجاد تنوع در مشارکت کنندگان تحقیق از نظر سوابق کاری، تنوع بخش‌های بالینی، جنس و رده‌های مختلف کاری و انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت کنندگان بود. حضور محقق در یک محیط طبیعی به صورت کامل غیر قابل کنترل بود، بنابراین سعی گردید که تجربه شخصی محقق در راستای درک مشکل باشد نه در راستای مخدوش کردن داده‌ها. برای تأیید اعتبار محتوای دست نوشته‌های پیاده شده از نوار و عبارات استخراج شده، کدها توسط مشارکت کنندگان و همچنین دو نفر از همکاران پژوهشگر مورد بازخوانی قرار گرفت و در یک جلسه مشترک نظرات مختلف جمع‌بندی گردید. سپس از یک محقق خارجی و خبره و آشنا به تحقیق کیفی به عنوان ناظر استفاده گردید. با توجه به درک مشابه یافته‌ها، همخوانی مورد تأیید قرار گرفت. به منظور کنترل عینیت از شیوه بازبینی مشارکت کنندگان تحقیق (Member check) و دو نفر از همکاران تحقیق (Peer check) و بازنگری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان تحقیق ۱۸ نفر شامل ۹ زن و ۹ مرد بودند. از نظر توزیع سنی بیشتر افراد (۱۴ نفر) در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار داشتند. از نظر سابقه کاری از ۳ تا ۲۷ سال

سابقه کار داشتند. یک نفر مترون، دو نفر سوپروایزر بالینی، سه نفر سرپرستار بالینی، یک نفر پرستار حاکمیت بالینی، یک نفر مربی پرستاری، یک نفر دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری و ۹ نفر کارشناس پرستاری بالینی بودند. در مجموع اکثریت در بخش‌های متنوع بیمارستانی کار کرده بودند.

یافته‌های نهایی تحقیق شامل ۵ طبقه اصلی پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی، بسترهای قضاوت بالینی به عنوان زمینه، پیوستار قضاوت بالینی به عنوان پدیده مطالعه، مهارت‌های قضاوت بالینی به عنوان شرایط علی بروز مطالعه و دستیابی نسبی به معیارهای حرفه‌ای شدن به عنوان پیامد حاصل شده با طبقات فرعی متعدد بود که این طبقات بر اساس الگوی پارادایمی، ساختار قضاوت بالینی پرستاران را مشخص نمودند (شکل ۱) (جدول ۱).

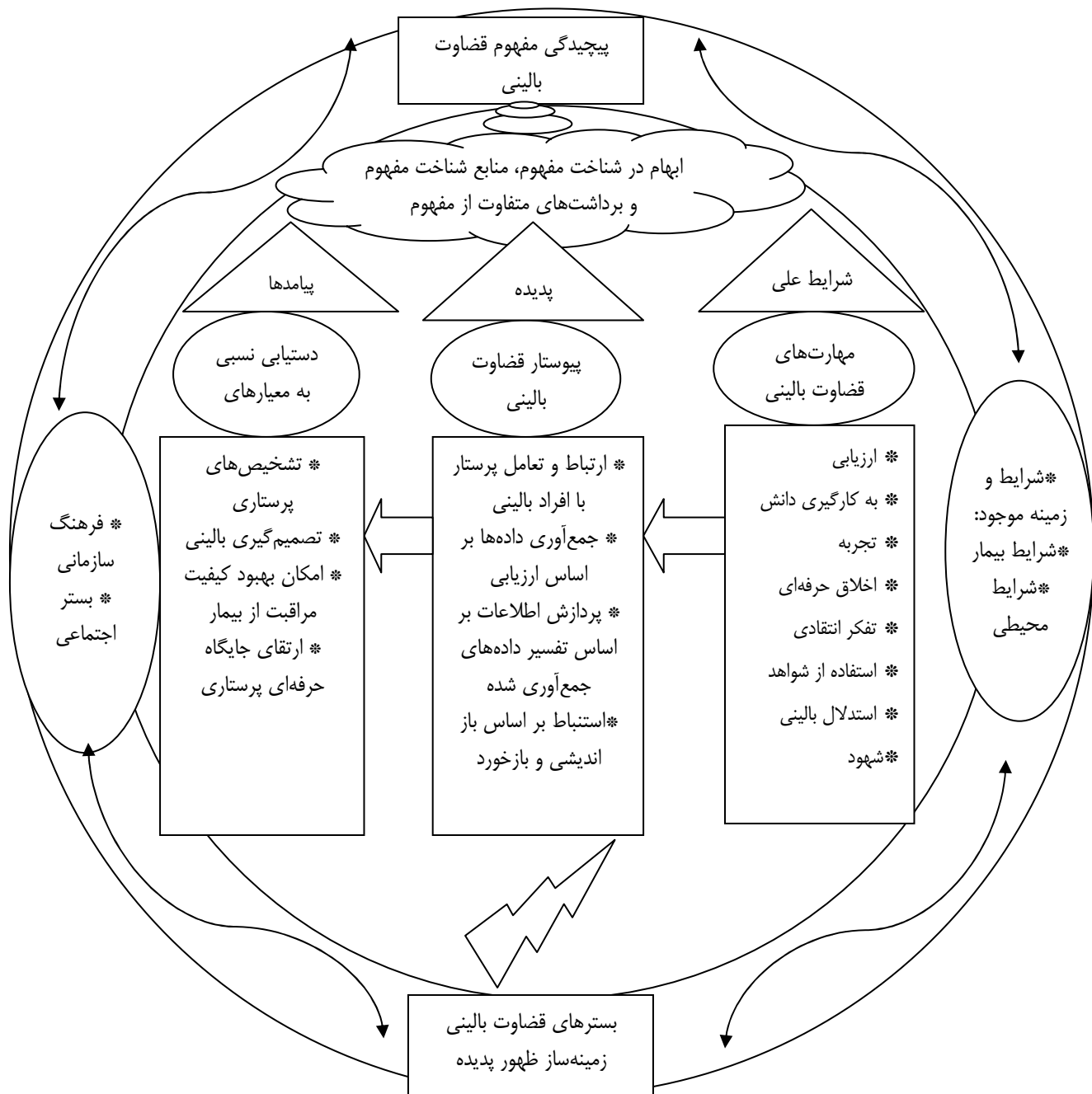
پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی (زمینه بروز پدیده قضاوت بالینی)

پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی دربرگیرنده ابهام در شناخت مفهوم قضاوت بالینی، استفاده از منابع مختلف برای شناخت مفهوم قضاوت بالینی و برداشت‌های متفاوت از مفهوم قضاوت بالینی بود. در ارتباط با این موضوع مشارکت کنندگان بیان داشتند: «من با این واژه به صورت اختصاصی آشنایی چندانی ندارم، هرچند که در کل معنی قضاوت را می‌دانم» (پرستار ۱). «واژه قضاوت بالینی را خیلی کم شنیده‌ام و در بحث حاکمیت بالینی در بالین به عنوان یکی از شاخه‌های حاکمیت بالینی آن را شنیده‌ام» (پرستار ۲).

«در یک مرحله قضاوت منجر به تشخیص پرستاری می‌شود، بعد از آن در زمان ارزشیابی و یا ارزیابی از بیمار قضاوت وجود دارد. به نظر من قضاوت درست در این جاست و معادل ارزشیابی می‌شود» (پرستار ۲).

بسترهای قضاوت بالینی (زمینه‌ساز ظهور پدیده قضاوت بالینی)

مشارکت کنندگان اذعان نمودند که قضاوت بالینی در بسترهایی مانند شرایط و وضعیت موجود بالینی، فرهنگ سازمانی و بستر اجتماعی شکل می‌گیرد. در ارتباط با این موضوع مشارکت کنندگان بیان داشتند: «بیمار می‌گوید: وقتی



شکل ۱. نقشه مفهومی ساختار قضاوت بالینی پرستاران

برایم ماسک می‌گذارید احساس خفگی می‌کنم. پس بایستی به شرایط بیمار هم توجه بکنیم و تنها قضاوت شخصی شرط نیست» (پرستار ۲).

«وقتی بستر مناسب فراهم گردد قطعاً بینش، نظر، وظیفه و تکلیف پرستار عوض خواهد شد و می‌تواند در بستری

مناسب قضاوت نماید» (پرستار ۱۸).

«بیمار در قضاوت و تصمیم‌گیری سراغ دکتر را می‌گیرد... بیمار به این دلخوش است که پزشک را ببیند. نمی‌دانم چرا جامعه ما این‌طور است و چنین دیدگاهی به پرستاری در قضاوت کردن دارند؟» (پرستار ۱۷).

جدول ۱. روند شکل‌گیری ساختار قضاوت بالینی پرستاران

ساختار بر اساس الگوی پارادایمی	طبقات	زیرطبقات	کدهای اولیه	واحدهای معنی (مثال)
شرایط زمینه‌ای	پیش‌چیدگی مفهوم قضاوت بالینی	ابهام در شناخت مفهوم قضاوت بالینی منابع شناخت مفهوم قضاوت بالینی برداشت‌های متفاوت از مفهوم قضاوت بالینی	قضاوت بالینی یک استنباط کلی با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اطرافیان و یا بیمار است	«قضاوت بالینی جمع‌آوری اطلاعات است. یک فرایندی است که از جمع‌آوری اطلاعات شروع می‌شود و به یک نتیجه‌گیری و قضاوتی که منجر به بهبود شخص بیمار می‌شود، ختم می‌گردد و در واقع یک استنباط کلی با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اطرافیان و یا بیمار است» (پرستار ۴)
	بسترهای قضاوت بالینی	شرایط و زمینه موجود فرهنگ سازمانی بستر اجتماعی	بستر مناسب و اصلاح ساختارهای سازمانی زمینه‌ساز قضاوت بالینی پرستاران	«وقتی بستر مناسب فراهم گردد قطعاً پیش و نظر و وظیفه و تکلیف پرستار عوض خواهد شد. شما تا زمانی که بستر مناسب برای پرستاری فراهم ننمایید مثلاً تا زمانی که اصلاح ساختارهای سازمانی ایجاد نشود پرستار چگونه می‌تواند قضاوت کند» (پرستار ۱۸)
پدیده ظهور یافته	پیوستار قضاوت بالینی	ارتباط و تعامل پرستار با افراد بالینی (بیمار، خانواده، پزشک، پرستار و ...) جمع‌آوری داده‌ها بر اساس ارزیابی پردازش اطلاعات بر اساس تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده استنباط بر اساس بازاندیشی و بازخورد	ارتباط با بیمار عامل جلب اعتماد و جمع‌آوری اطلاعات با ژرف‌اندیشی	«مریضی داشتیم به خاطر سطح بالای موقعیت اجتماعی و تیپ شخصیتی و ظاهر گول زننده‌اش رزیدنت ما متوجه نشده بود که این داروی مخدر شیشه رو مصرف می‌کنه و وقتی ما در ارزیابی بیمار با برقراری ارتباط اعتماد بیمار رو جلب کردیم بیمار به مصرف شیشه اعتراف کرد. به رزیدنت اطلاع دادیم و منجر به تصمیم‌گیری درست در درمان بیمار شد» (پرستار ۱)
	مهارت‌های پرستار در قضاوت بالینی	ارزیابی - تفکر انتقادی - شهود استدلال بالینی - اخلاق حرفه‌ای به کارگیری دانش - تجربه استفاده از شواهد	استفاده از شواهد در تقویت دانش بالینی برای نتیجه‌گیری در قضاوت بالینی	«در دوران دانشجویی با یک داروساز بحث کردم و گفت برو کنفرانس بده و یک هفته روی عملکرد لایزیکس تحقیق کردم و در این‌جا قضاوت پزشک را بدون دلیل قبول نکردم و الآن همین جایگاه را برای پرسنل در نظر می‌گیرم که اگر مسأله‌ای باشه که اونا شک بکنند به گفته من، اونا رو به فرنس و کتاب‌ها ارجاع می‌دهم و اگه لازم باشه در مورد آن کنفرانس بالینی برگزار می‌شود. در کنفرانس بحث و تبادل نظر می‌شود جایی که درست بود به نتیجه‌گیری کلی می‌رسیم» (پرستار ۳)
پیامدها	دستیابی نسبی به معیارهای حرفه‌ای شدن	تصمیم‌گیری بالینی تشخیص‌های پرستاری امکان بهبود کیفیت مراقبت از بیمار ارتقای جایگاه حرفه‌ای پرستاری	تشخیص‌های پرستاری پیامد قضاوت بالینی پرستاران	«مریضی داشتیم و بیش از حد مایعات وریدی گرفته بود و بار اضافه روی قلبش بود ما به پزشک اطلاع دادیم و پزشک برای بیمار سرم مانیتول تجویز کرد. ما وقتی بیمار را مشاهده می‌کردیم می‌تونستیم قضاوت بکنیم. علاوه بر تشخیص پزشک تشخیص‌های پرستاری رو می‌دادیم و برخورد حرفه‌ای با پزشک و بیمار داشتیم» (پرستار ۱۰)

پیوستار قضاوت بالینی (پدیده ظهور یافته)

مشارکت کنندگان قضاوت بالینی را گام به گام طی مراحل برقراری ارتباط و تعامل پرستار با افراد بالینی (بیمار، خانواده، پزشک، پرستار و ...)، جمع‌آوری داده‌ها بر اساس ارزیابی، پردازش اطلاعات بر اساس تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده و استنباط انجام می‌دادند. در این ارتباط مشارکت کنندگان چنین بیان داشتند: «... وقتی ما در ارزیابی بیمار با برقراری ارتباط اعتماد بیمار رو جلب کردیم بیمار به مصرف شیشه اعتراف کرد؛

در صورتی که ما در ارزیابی بیمار شرح حالی گرفتیم که هیچ کدام از تیم درمانی آن را نگرفته بودند و بیمار با همان مشکل برای چندمین بار بستری شده بود» (پرستار ۱).
«بررسی به تنهایی کافی نیست، یعنی شما جمع‌آوری اطلاعات رو داری، باید اونا رو آنالیز بکنی. یعنی با مجموعه مهارت‌ها بررسی و تفسیر اون رو در ذهن باز یافت کنی» (پرستار ۸).
«در مورد استنباط من یک تجربه را عرض بکنم که در اول

شیفیت وقتی مریض را تحویل می‌گرفتیم سرپرستار یک نمای کلی و شرح حال کلی از بیمار را به ما می‌داد، اما بعد از تحویل و سر و کار با بیمار و انجام کارهای بیمار ما متوجه یک سری نکات بالینی جدیدی می‌شدیم و استنباط ما این بود که می‌توانیم کارهای جدیدتری برای مریض انجام دهیم» (پرستار ۱۴).

مهارت‌های قضاوت بالینی (شرایط علی ظهور قضاوت بالینی)

مشارکت کنندگان در تجربیات خود از ارزیابی، استدلال بالینی، تفکر انتقادی، تجربه، شهود، به کارگیری دانش، به کارگیری شواهد و اخلاق حرفه‌ای به عنوان مهارت‌های پرستار در قضاوت بالینی، به ذکر مثال‌های عینی و واضح پرداختند.

یکی از مشارکت کنندگان درباره ارزیابی بیان داشت: «وقتی که داری به بیماری رو ارزیابی می‌کنی مثلاً می‌بینی که این بیمار توی اندام‌هاش پارزی داره یا نداره، هوشیاریش در چه حدیه؟» (پرستار ۳).

یکی دیگر از پرستاران در زمینه شهود بیان نمود که: «پرستار بارها تفکر نموده تا جرقه‌هایی شکل گرفته است. مجموعه اطلاعات شکل می‌گیرد، جرقه می‌زند و تبدیل به یک قضاوت می‌شود» (پرستار ۸).

یک پرستار در مورد استدلال بالینی بیان داشت: «یکی از پزشکان با تشخیص اختلال خلقی دوقطبی بیماری را بستری کرده بود... اون با استدلال‌هایی که می‌کرد می‌گفت: نه این بیمار قطعاً بای پولار است، اما ما با مشاهده و بررسی بیمار استدلالمان این بود که شرایط بیمار با تشخیص همخوانی ندارد» (پرستار ۱).

پرستاری در ارتباط با دانش گفت: «... از دانش دانشگاهی و بالینی در کنار تجربه‌ام برای قضاوت بالینی استفاده می‌کنم» (پرستار ۵).

پرستاری در ارتباط با تجربه بیان داشت: «دیدیم که بیمار بدسور گرفته؛ بنابراین وقتی که همراه بیمار مقاومت می‌کرد و می‌گفت که نیازی به این کار نیست. بر اساس تجربه می‌دانستم برای بیمار چه مشکلی پیش آمده است و به همراه آموزش دادیم» (پرستار ۶).

پرستاری در ارتباط با استفاده از شواهد بیان داشت: «در

قضاوت جمعی اونا رو به رفرنس و کتاب‌ها ارجاع می‌دهم...» (پرستار ۳). پرستار دیگر بیان داشت: «در هنگام احیا ما در اورژانس دستورالعمل احیا داریم که بر اساس آن قضاوت می‌کنیم که بیمار به چه چیزی نیاز دارد. همچنین از راهنمای تریاژ در اورژانس استفاده می‌کنیم. اگر راهنماها نباشند ما از تجربیات خودمون استفاده می‌کنیم» (پرستار ۱۵).

در رابطه با رعایت اخلاق حرفه‌ای یکی از مشارکت کنندگان بیان داشت: «وجدان من و توان برقراری ارتباط و تعامل با بیمار باعث شد که با بیمار روانی به عنوان یک انسان برخورد کنم. همین باعث شد که من در قضاوت زود عصبانی نشوم، زود تصمیم نگیرم و اعصابم خرد نشود» (پرستار ۱).

دستیابی نسبی به معیارهای حرفه‌ای شدن (پیامدهای پدیده قضاوت بالینی)

این مفهوم یک برجسب مفهومی با سطح انتزاع بالا بود که به نوبه خود در برگرنده مفاهیم و نشان دهنده حرفه‌ای شدن مثل تشخیص‌های پرستاری، تصمیم‌گیری بالینی، امکان بهبود کیفیت مراقبت و ارتقای حرفه‌ای شدن بود.

پرستاری در ارتباط با تصمیم‌گیری بیان نمود: «در بخش ترک اعتیاد در بررسی بیمار متوجه می‌شدیم که همراهان بیمار به صورت مخفی برای بیمار مواد مخدر تهیه می‌کردند؛ بنابراین تصمیم گرفتیم که بخش ترک اعتیاد بدون همراه باشد» (پرستار ۷).

یکی از مشارکت کنندگان در ارتباط با تشخیص‌های پرستاری گفت: «بیماری در بخش ارتوپدی خیلی درد داشت. بیمار آتل داشت، گچ داشت، دردش با مسکن ساکت نمی‌شد. با بررسی آتل بیمار متوجه شدیم که یک برجستگی اضافی گچ روی استخوان بیمار فشار آورده و به تشخیص پرستاری رسیدیم» (پرستار ۱۶).

پرستار دیگر در ارتباط با امکان بهبود کیفیت مراقبت از بیمار بیان داشت: «من جدا از مسأله‌ای که بیمار به خاطر اون به بیمارستان آمده بود سایر مشکلات را بررسی می‌کردم و این باعث بهبود مراقبت از بیمار می‌شد» (پرستار ۶).

پرستار دیگری در ارتباط با ایجاد جایگاه حرفه‌ای پرستاران بیان داشت: «ما با قضاوت‌های صحیح بین پزشکان

و سایر حرف سر بلند بودیم؛ چرا که با داشتن دانش و تجربه می‌توانستیم قضاوت خوبی بکنیم و با تشخیص‌های پرستاری درست حرفه‌ای قضاوت بکنیم» (پرستار ۸).

ساختار قضاوت بالینی پرستاران

در بیان تجربیات مشارکت کنندگان ساختار مفهوم قضاوت بالینی ظهور پیدا نمود؛ به نحوی که یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود: «در ارتباط با قضاوت بالینی یک سری مهارت‌ها لازم است شامل تفسیر، ارزیابی، توضیح، استنباط و از این مهارت‌ها است که حتی تفکر انتقادی برای پرستار و یا پزشک شکل می‌گیرد. چون اگر تفکر انتقادی وجود نداشته باشد نه به تشخیص می‌رسیم و نه به مرحله‌ای می‌رسیم که مراقبت‌ها رو انجام بدهیم، اما هر فردی یک سری اطلاعات رو به دست آورده است و یک سری تجربیات رو داره، از تجربیات دیگران استفاده می‌کند. بعد تجربه‌های شغلی رو داره. مجموعه این‌ها می‌تونه در قضاوت بالینی مؤثر باشد. خوب برای این‌که یک قضاوت بالینی رو انجام بدیم ابتدا به ساکن نیازمند جمع‌آوری اطلاعات هستیم. این جمع‌آوری اطلاعات یک سری مبانی دارد. هر اطلاعاتی نمی‌تونه برای ما مفید باشه، باید فرد ذهن کنجکاو و در عین حال جهت‌داری داشته باشد؛ یعنی بداند چه نوع اطلاعاتی رو می‌خواهد؛ چون اگر قرار باشد ذهن و فکرمان صرف جمع‌آوری اطلاعات در ارتباط با مددجویی بکنیم قطعاً نمی‌تونیم هیچ کمکی به او بکنیم، یعنی جمع‌آوری اطلاعات در راستای مشکل و تشخیص باشد. مثلاً من دو تا درد قفسه سینه در بیمار می‌بینم بر اساس قضاوت سریع و بر اساس ذهنیتی که در ذهن من شکل گرفته است که چون بیمار در سی‌سی‌یو است قطعاً ام‌ای کرده است یا آن‌ترین ناپایدار صدری است و یا مثلاً مشکلات قلبی دارد نه خارج قلبی. خوب در این جا شما بعداً هر چه اطلاعات جمع‌آوری بکنی فایده نداره ممکنه این فرد مشکل گوارشی داشته باشه، مشکل کلیوی داشته باشه و یا آمبولی ریه کرده باشه؛ ولی چون من قضاوت اولیه‌ام را در ذهنم حاکم بر این اطلاعات نموده‌ام، هر چقدر هم اطلاعات وجود داشته باشد ارزشی ندارد و نتیجه در ذهن من کاملاً مشخص است. پس یکی از موارد این است که

بررسی به تنهایی کافی نیست یعنی شما جمع‌آوری اطلاعات رو داری باید اونا رو آنالیز بکنی یعنی مجموعه مهارت‌های بررسی و تفسیر رو داشته باشی. الان ممکنه تفسیر غلط بکنی بنابراین بیا مرحله بعد آنالیز بکن. مثلاً اگر یک درد قفسه سینه دیدی، تنگی نفس دیدی اگر سریعاً قضاوت بکنی که آن‌ترین ناپایدار صدری است؛ در این جا این نوع تفسیر ممکن است غلط باشد. چون ممکن است قضاوت شخصی شما روی این تفسیر تأثیر گذاشته باشه. بنابراین یک گام بالاتر برو و در گام بعدی تجزیه و تحلیل کن، همین تفسیری را که کرده‌ای تجزیه و تحلیل کن. پرستار اگر این کارها را نکند قطعاً در بالین هیچ کارایی و اثربخشی برای بیمار و بهبودی وی ندارد و نمی‌تواند قضاوت صحیح و حرفه‌ای داشته باشد» (پرستار ۸).

بحث

طبق مطالعات انجام شده، از چالش‌های مهم در مورد قضاوت بالینی این است که ساختار و ویژگی‌های قضاوت بالینی متمایز از سایر مفاهیم مرتبط به خوبی روشن نگردیده است و در به کارگیری این واژه در بالین به خاطر پیچیدگی آن پرستاران با مشکل روبرو هستند (۵). نتایج حاصل از مطالعه اخیر مؤید این مطلب بود. در این راستا طبقه شناخت پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی پرستاران نشان داد که پرستاران در شناخت این مفهوم دچار ابهام و گیجی بودند و به صورت اختصاصی در بالین از این واژه استفاده نموده بودند. همچنین تعاریف متعددی از قضاوت بالینی توسط مشارکت کنندگان ارایه شد.

در مطالعه اخیر و در ارتباط با بسترهای قضاوت بالینی به عنوان زمینه‌ساز ظهور پدیده، مشارکت کنندگان قضاوت بالینی را مبتنی بر شرایط و زمینه موجود، فرهنگ سازمانی و بستر اجتماعی می‌دانستند. تأکید بر این عوامل زمینه‌ساز در بسیاری از مطالعات اشاره شده است؛ به طوری که Pongmarutai معتقد است قضاوت در زمینه و شرایط موجود محیطی شکل می‌گیرد و منجر به تصمیم‌گیری درست می‌شود (۲۸). Elliot بیان می‌دارد که زمینه نقش کلیدی در قضاوت بالینی پرستاران دارد (۴). بسیاری از مطالعات انجام

پرستار به سرعت و به راحتی قادر به قضاوت بالینی منجر به تصمیم‌گیری مورد نیاز محیط خود خواهد شد (۱).

Nielsen و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «راهنمای تفکر عمیق با استفاده از الگوی قضاوت بالینی» دریافتند که سؤالات راهنمای تفکر عمیق (Guide for reflection) در مدل قضاوت بالینی Tanner، فرد را وادار به تفکر انتقادی، انتقال دانش، تغییر و دگرگونی، فراشناخت و شناسایی ابعاد هیجانی و عاطفی در مواجهه با تجربیات بالینی می‌کند. استفاده از راهنما به مربیان آموزشی فرصت تعمق و تأمل در تجربیات دانشجویان و تفکر دانشجویان درباره مراقبت‌های پرستاری را می‌داد. در نتایج به دست آمده از مطالعه، به کارگیری الگوی قضاوت بالینی برای هدایت تفکر عمیق دانشجویان و سؤالات آکادمیک منجر به بهبود مهارت‌های قضاوت بالینی دانشجویان پرستاری شد (۳۲).

پیامد قضاوت بالینی صحیح در مطالعه اخیر، دستیابی نسبی به معیارهای حرفه‌ای شدن بود. ارتقای کیفیت مراقبت، بهبود بهتر بیمار، تشخیص‌های پرستاری و تصمیم‌گیری جزء شاخص‌های حرفه‌ای شدن هستند (۳۳) و برای تعیین هویت حرفه‌ای، قضاوت بالینی لازم و ضروری به نظر می‌رسد (۳۴). حرفه‌ای بودن و قضاوت بالینی بسیار نزدیک به هم و از نظر بالینی لازم و ملزوم همدیگر هستند (۳۳). حرفه‌ای شدن در قضاوت بالینی گامی اساسی در راستای اجرای تعهد و استقلال حرفه‌ای به شمار می‌رود که یکی از نیازهای امروزه حرفه پرستاری است (۳۵). در این مطالعه مشارکت کنندگان معتقد بودند که قضاوت بالینی با تشخیص‌های پرستاری موجب ارتقای جایگاه حرفه‌ای پرستاران به عنوان یکی از پیامدهای قضاوت بالینی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که تشخیص‌های پرستاری نیازمند قضاوت بالینی است (۳۶، ۳۷). داده‌های خام در فرایند پرستاری بر اساس معیارهای قضاوت بالینی منجر به تشخیص پرستاری می‌شود. این روند نشان دهنده انعکاس تفکر عمیق است (۳۸، ۲۸). قضاوت بالینی فراتر از مشاهده و یافته‌های حاصل از ارزیابی در برنامه درمانی توسط پرستار است که در نهایت منجر به تشخیص‌های پرستاری و تصمیم‌گیری بالینی خواهد شد

شده تأکید بر برآورد اجزای قضاوت بالینی در زمینه و محیط پیرامون را دارند و معتقد هستند که قضاوت بالینی در زمینه و با توجه به شرایط موجود شکل می‌گیرد (۳۰، ۲۹). قضاوت بالینی زمانی می‌تواند در فرایند پرستاری و مراقبت‌های روزانه و در ارزیابی معنی و مفهوم پیدا کند که بر اساس تأمل و تفکر عمیق در زمینه موجود باشد (۳۱، ۲۲).

در این مطالعه پیوستار قضاوت بالینی نشان دهنده قضاوت بر مبنای ارتباط و تعامل پرستار با افراد بالینی (بیمار، خانواده، پزشک، پرستار و ...)، جمع‌آوری داده‌ها بر اساس ارزیابی، پردازش اطلاعات بر اساس تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده و استنباط بود. این نتایج با یکی از الگوهای رایج در قضاوت بالینی به اسم الگوی قضاوت بالینی Tanner بسیار منطبق بود که در واقع توصیف فرایند تفکر پرستاران است. این الگو شامل: ۱- توجه و شناخت مؤثر شامل ارزیابی متمرکز و تشخیص، ۲- تفسیر مؤثر شامل دریافت و درک داده‌ها و اولویت‌بندی، ۳- واکنش و پاسخ مؤثر شامل رفتار مطمئن و آرام با حفظ خونسردی، ارتباط شفاف و واضح، مداخلات برنامه‌ریزی شده به نحو احسن و با قابلیت انعطاف‌پذیری و داشتن مهارت کافی و ۴- تفکر عمیق و مؤثر شامل ارزشیابی و خودتحلیلی و متعهد به پیشرفت و اصلاح امور است (۲۰).

در مطالعه اخیر مهارت‌های پرستار در قضاوت بالینی شامل ارزیابی، به کارگیری دانش، تجربه، استفاده از شواهد، تفکر انتقادی، استدلال بالینی، شهود و داشتن اخلاق حرفه‌ای به عنوان شرایط علی بروز پدیده قضاوت بالینی مطرح شد. در مرور متون مشخص گردید که مهارت‌های متفاوتی می‌توانند علت ظهور قضاوت بالینی باشند. مستندات ارزیابی و برنامه درمانی مداخلات پرستاری باعث توانمندی پرستار و بیمه نمودن مداخلات پرستاری می‌شود که پیش‌نیاز قضاوت بالینی است، اما مترادف با آن نیست (۲۸). آموزش تفکر انتقادی، شواهد محوری، استدلال پروری و تفکر خلاق به پرستار این اجازه را می‌دهد که تعیین کند کدام استدلال معتبر است و سپس مزایا و معایب آن را سبک و سنگین کند و این منجر به تفسیر منطقی رویدادها برای تصمیمات مناسب و ارزیابی ارتباط پدیده‌ها می‌شود. وقتی این فرایند با تجربه یکی شود،

(۲۳). داده‌های به دست آمده از مشارکت کنندگان در مطالعه ما نتایج مطالعات قبلی مبنی بر این که تشخیص‌های پرستاری و تصمیمات درست فقط نتیجه ارزیابی به تنهایی نیست، بلکه برآمده از قضاوت در فرایندهای مراقبت در پرستاری است، را تأیید می‌کند که در نتیجه منجر به رضایتمندی و بهبودی بیمار می‌گردد.

یکی دیگر از پیامدهای قضاوت بالینی، تصمیم‌گیری بالینی بود. Thompson و همکاران بیان می‌دارند هرچند که قضاوت بالینی پیش‌نیاز و ضرورتی برای تصمیم‌گیری بالینی است، اما قضاوت‌ها ارزشیابی‌ها را آرایه می‌کنند و منجر به تصمیم‌گیری بالینی برای انتخاب میان راهکارهای متفاوت می‌شوند (۵).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که پرستاران به صورت روزمره در تجربیات خود با پیش زمینه‌ها، اجزاء، ابعاد و پیامدهای قضاوت بالینی سر و کار دارند و ساختار برخاسته و ظهور یافته قضاوت بالینی ناشی از تجربیات پرستاران به این صورت بود: «قضاوت بالینی پرستاران فرایندی است که با توجه به زمینه و شرایط موجود و پیچیدگی مفهوم قضاوت بالینی با استفاده از مهارت‌های خاص شامل ارزیابی، تفکر انتقادی، استدلال‌ورزی، شهود، تجربه، به کارگیری دانش، استفاده از شواهد پرستار در ارتباط با موضوع مورد نظر، بر

اساس مشاهده، مصاحبه و معاینه، داده‌ها را جمع‌آوری می‌کند و بر اساس تفسیر داده‌های جمع‌آوری شده، پردازش اطلاعات را انجام می‌دهد و پس از بازنمایی و بازخورد به نتیجه‌گیری کلی و استنباط نهایی می‌رسد که در نهایت منجر به تشخیص‌های پرستاری و تصمیم‌گیری مناسب می‌شود. با تشخیص‌های پرستاری و تصمیم‌گیری‌های درست پرستاران، امکان بهبود کیفیت مراقبت از بیمار فراهم می‌شود و به ارتقای جایگاه حرفه‌ای پرستاران کمک خواهد کرد». این تعریف ساختاری از قضاوت بالینی پرستاران برخاسته از زمینه و شرایط موجود در سیستم بهداشتی و درمانی در محیط پژوهش ایران بود. نتایج حاصل از این مطالعه در تبیین فرایندهای روانی و اجتماعی به کار رفته توسط پرستاران مبتنی بر نظریه حاصل شده از این مطالعه برای ارتقای قضاوت بالینی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی کسانی که در این تحقیق همکاری کردند به ویژه پرستاران بزرگواری که در مصاحبه به عنوان مشارکت کنندگان تحقیق وقت خود را صرف کردند و دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به عنوان حمایت کننده مالی رساله مقطع دکتری آموزش پرستاری به شماره ۵۲/۱۱۲۰۷۱ مورخه ۹۰/۲/۱۵، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Banning M. The think aloud approach as an educational tool to develop and assess clinical reasoning in undergraduate students. *Nurse Educ Today* 2008; 28(1): 8-14.
2. Thompson C, Dowding D. *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing*. London, UK: Churchill Livingstone; 2002.
3. Robert C. French Unabridged Dictionary. 9th ed. New York, NY: HarperCollins; 2012.
4. Elliott N. 'Mutual intacting': a grounded theory study of clinical judgement practice issues. *J Adv Nurs* 2010; 66(12): 2711-21.
5. Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(7): 881-93.
6. Kienle GS, Kiene H. Clinical judgement and the medical profession. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(4): 621-7.
7. Thornton T. Clinical judgement, expertise and skilled coping. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(2): 284-91.
8. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs* 2010; 66(5): 1151-8.
9. Braude HD. Human all too human reasoning: comparing clinical and phenomenological intuition. *J Med Philos* 2013; 38(2): 173-89.

10. Petrucci AM, Nouh T, Boutros M, Gagnon R, Meterissian SH. Assessing clinical judgment using the Script Concordance test: the importance of using specialty-specific experts to develop the scoring key. *Am J Surg* 2013; 205(2): 137-40.
11. Bourret P, Keating P, Cambrosio A. Regulating diagnosis in post-genomic medicine: re-aligning clinical judgment? *Soc Sci Med* 2011; 73(6): 816-24.
12. Luiz AC, Hirota SK, Dal VA, Reis VM, Spina R, Migliari DA. Diagnosing oral lichenoid contact reaction: clinical judgment versus skin-patch test. *Minerva Stomatol* 2012; 61(7-8): 311-7.
13. Van Vugt SF, Verheij TJ, de Jong PA, Butler CC, Hood K, Coenen S, et al. Diagnosing pneumonia in patients with acute cough: clinical judgment compared to chest radiography. *Eur Respir J* 2013; 42(4): 1076-82.
14. Gerdeman JL, Lux K, Jacko J. Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nurse Educ Pract* 2013; 13(1): 11-7.
15. Facione NC, Facione PA. *Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences: An International Multidisciplinary Teaching Anthology*. San Jose, CA: California Academic Press LLC; 2008.
16. Victor-Chmil J. Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment: differential diagnosis. *Nurse Educ* 2013; 38(1): 34-6.
17. Yildirim B, Ozkahraman S, Karabudak SS. The Critical Thinking Teaching Methods in Nursing Students. *International Journal of Business and Social Science* 2011; 2(24): 174-82.
18. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in Nursing Practice, Second Edition: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. 2nd ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2009.
19. West MM, Bross G, Snyder M. Teaching complex trauma care in a curriculum challenges critical thinking and clinical judgment--how nurses can help. *J Trauma Nurs* 2007; 14(3): 131-5.
20. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ* 2006; 45(6): 204-11.
21. Thompson C, Bucknall T, Estabrookes CA, Hutchinson A, Fraser K, de Vos R, et al. Nurses' critical event risk assessments: a judgement analysis. *J Clin Nurs* 2009; 18(4): 601-12.
22. Standing M. Clinical judgement and decision-making in nursing - nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 124-34.
23. Cader R, Campbell S, Watson D. Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *J Adv Nurs* 2005; 49(4): 397-405.
24. Strauss A, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London, UK: Sage; 1998.
25. Corbin JM, Strauss A. *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedure for Development Grounded Theory*. 3rd ed. Washington, DC: Sage Publication; 2008.
26. Salsali M, Cheraghi MA, Ahmadi F. Organizational factors influencing knowledge transfer into practice in Iranian nursing context: A grounded theory approach. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15(5): 426-36.
27. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Struggling to create new boundaries: a grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. *J Adv Nurs* 2011; 67(4): 841-53.
28. Pongmarutai T. Application of a judgment model toward measurement of clinical judgment in senior nursing students. [Thesis]. Reno, NV: University of Nevada; 2010.
29. Bernardes SF, Lima ML. On the contextual nature of sex-related biases in pain judgments: the effects of pain duration, patient's distress and judge's sex. *Eur J Pain* 2011; 15(9): 950-7.
30. Duits N, Doreleijers TA, van den Brink W. Assessment of violence risk in youth for juvenile court: relevant factors for clinical judgment. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3): 236-40.
31. Lockwood C. Clinical judgement and decision-making in nursing and interprofessional healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2011; 9(1): 69-70.
32. Nielsen A, Stragnell S, Jester P. Guide for reflection using the clinical judgment model. *J Nurs Educ* 2007; 46(11): 513-6.
33. Phaneuf M. Clinical Judgement - An Essential Tool in the Nursing Profession [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Clinical_Judgement%E2%80%93An_Essential_Tool_in_the_Nursing_Profession.pdf
34. Glick M. Clinical judgment: a requirement for professional identity. *J Am Dent Assoc* 2011; 142(12): 1333-4.
35. Falzer PR. Valuing structured professional judgment: predictive validity, decision-making, and the clinical-actuarial conflict. *Behav Sci Law* 2013; 31(1): 40-54.

36. NANDA International. Nursing Diagnoses 2009-2011, Custom: Definitions and Classification. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010.
37. Bashford CW, Shaffer BJ, Young CM. Assessment of clinical judgment in nursing orientation: time well invested. J Nurses Staff Dev 2012; 28(2): 62-5.
38. Baylow HE, Goldfarb R, Taveira CH, Steinberg RS. Accuracy of clinical judgment of the chin-down posture for dysphagia during the clinical/bedside assessment as corroborated by videofluoroscopy in adults with acute stroke. Dysphagia 2009; 24(4): 423-33.

Exploration of Structure of Clinical Judgment of Nurses: A Grounded Theory Study

Jamal Seidi¹, Fatemeh Alhani², Mahvash Salsali³

Original Article

Abstract

Introduction: Clinical judgement as a tool for professionals allows the nurses to play their roles and explore their opinion. This necessitates clarification of the structure of clinical judgment. It is difficult to give a unanimous definition for clinical judgement; therefore, exploration of the structure of the concept is necessary to understanding clinical judgment. The aim of this study is to explore the structure of clinical judgment of nurses.

Method: This qualitative research was a grounded theory study based on purposive sampling. 18 clinical nurses from Kurdistan University of Medical Sciences were interviewed. The interviews were transcribed in Microsoft Word Office, and then the data were analyzed in MAXQDA2007. Constant comparison analyses were used simultaneously with data collection.

Results: The participants in study include 9 men and 9 women, with at least 3 years of experience of nursing in variable clinical settings. Final research findings could be discussed in five categories including: complexity of definition of clinical judgment, context of clinical judgment, continuum of clinical judgment, skills of nurse in clinical judgment, and achieve to professional criteria.

Conclusion: Despite the complexity of the concept in the literatures and the field of research, this study could explore the structure of clinical judgment of nurses in the clinical arena. The results of this study would be used to explore nurses' clinical judgment model, based on grounded theory.

Keywords: Clinical judgment, Nurses, Grounded theory, Qualitative study

Citation: Seidi J, Alhani F, Salsali M. **Exploration of Structure of Clinical Judgment of Nurses: A Grounded Theory Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(4): 297-309.

Received date: 11.11.2013

Accept date: 06.12.2013

1- PhD Student, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Professor, School of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Alhani PhD, Email: alhani_f@modares.ac.ir